

## ПОВРЕЖДЕНИЯ КИШЕЧНИКА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЖИВОТА (Обзор литературы)

*Хайдаров Акмал Камол угли, Шамсутдинов Сайфитдин Баходирович,  
Тухтаева Интизор Анваровна, Мустафакулов Ишназар Бойназарович  
Самаркандский государственный медицинский  
университет*

В последние годы во всем мире наблюдается неуклонный рост травматизма. Техногенные и природные катастрофы, локальные военные конфликты, транспортные и производственные аварии в 50-60% случаев всех травм приводят к сочетанным и множественным повреждениям органов и систем человеческого тела, и, как следствие, к высоким санитарным потерям в первые часы и сутки [1,2,5,11,16,22,26,]. Сочетанная травма представляет собой одновременное повреждение двух и более из семи анатомических областей тела одним травмирующим агентом. Среди причин летальных исходов от травм на долю сочетанных травматических повреждений приходится более 60%, хотя они составляют 8-10% стационарных больных с повреждениями [3,4,6,7,20].

На долю повреждений живота приходится от 1,5 до 36,5% травм мирного времени, но их частота и тяжесть продолжают нарастать [10,21,24]. По данным Тулупова А.Н. (2015), при тяжелой сочетанной травме повреждения органов живота имеются почти у 30% пострадавших. Такая травма из-за тяжести повреждений внутренних органов и трудностей диагностики характеризуется высокой частотой осложнений и летальностью, которая, по данным различных авторов, составляет от 25 до 65%. По сведениям Шапота Ю.Б. (1990) и Афонина А.А. (1998), при изолированной травме одного органа брюшной полости летальность колеблется от 5,1 до 20,4%, а при сочетанной – от 18,3 до 64% [8,13,18,19,25].

Закрытые травмы живота сопровождаются большим числом осложнений и высокой летальностью из-за трудностей диагностики и частого сочетания с повреждениями других органов и систем [12,17,27]. Особой проблемой является диагностика и лечение сочетанной закрытой травмы живота, сопровождающейся шоком. Госпитальная летальность при данном варианте патологии составляет от 17,3 до 72,7% [14,28]. За последние 5 лет летальность от ДТП в России увеличилась на 65%, и число погибших, по данным ГИБДД, достигает 33-35 тыс. человек в год [9,15,16,23,25].

Кишечник — наиболее часто повреждаемый орган как при закрытой травме живота, так и при ранениях. Во время Великой Отечественной войны среди раненных в живот повреждения полых органов установлены у 83,8%. Хотя за прошедшее столетие летальность при повреждениях кишечника и снизилась со 100 до 5%, чему в значительной степени способствовало применение в ранние сроки антибиотиков, но среди госпитализированных на фоне общего перитонита она составляет 30—50%. Высокой остается летальность при огнестрельных ранениях толстой кишки — от 11 до 31%; при этом следует учесть, что повреждения толстой кишки в локальных войнах последнего десятилетия встречаются у

38—41% раненых [18,19]. .

Это только непосредственные результаты лечения. А сколько молодых людей остаются инвалидами! Следует отметить, что литературные данные трудно сопоставимы, так как многие авторы не проводят дифференцированного анализа исхода травмы с учетом этиологического фактора, тяжести и уровня повреждения кишечника, наличия сочетанных повреждений, сроков оперативного вмешательства. [17,21].

Так, некоторые хирурги повреждения брыжейки любой тяжести отождествляют с травмой кишечника; другие к таковым относят только такие повреждения брыжейки, при которых нарушается питание регионарного участка кишки, следствием чего является его некроз или возможно развитие энтерита с рубцеванием соответствующего сегмента кишки сообщают о летальности в 17% случаев. Среди анализируемого контингента 63% составили пострадавшие, у которых при лапаротомии выявлены только гематома стенки кишки или брыжейки, разрыв серозы кишки, т. е. травма, при которой даже необходимость оперативного вмешательства является дис-кутабельной; если же учитывать только пострадавших, у которых была нарушена целостность всех слоев стенки кишки и с отрывом брыжейки, то летальность оказалась бы уже 50%. Велико число послеоперационных осложнений — 40—70%, распознавание и коррекция которых представляют значительные трудности. [6,9].

Одним из грозных осложнений является несостоятельность швов ушитой раны кишки и межкишечных анастомозов. Особенно часто (до 50%) несостоятельность швов развивается после ушивания огнестрельных ран толстой кишки, что обусловлено недоучетом зоны ушиба. Не представляют редкость и такие, обычно сопутствующие перитониту, осложнения, как паралитическая и спаечная непроходимость кишечника, абсцессы брюшной полости, эвентрация.

Актуальной проблемой для хирургии мирного и, особенно, военного времени остается лечение повреждений прямой кишки, что обусловлено все возрастающей частотой и тяжестью травмы, сложностью выбора оптимальной хирургической тактики, большим количеством осложнений и высокой летальностью. [8,23].

Среди ранних послеоперационных осложнений жизнеугрожающими являются перитонит, флегмона тазовой клетчатки, сепсис. В отдаленные сроки нередко приводят к инвалидизации остеомиелит тазовых костей, стриктура анального канала, нарушение функции анального жома. [15,25].

Диагностика повреждений кишечника основана на распознавании раневого перитонита, клиника которого не всегда отчетлива даже при изолированной травме живота и, тем более, сочетанной, особенно на фоне шока и острой кровопотери. Следует учитывать, что клиника травмы толстой кишки менее ярко выражена и растянута во времени. Эти обстоятельства являются причиной поздней обращаемости и несвоевременного оперативного вмешательства.

По данным [17,21]. в первые 3 ч поступают 25% пострадавших с закрытой травмой и 85,3% — с ранениями кишечника. И все же именно клинические проявления составляют основу диагностики. Практически все пострадавшие отмечают боли в животе. Боль может иметь локальный характер, а затем распространяться по всему животу, что обычно сочетается с учащением пульса. Рвота, вначале рефлекторного характера, вскоре становится одним из признаков интоксикационного синдрома. Напряжение мышц передней брюшной стенки выявляется у 81,8% пострадавших. Однако этот признак может быть и в ситуациях, когда имеется только ушиб брюшной стенки. Что касается симптома Блюмберга — Щеткина, то он встречается не чаще, чем у 35% пострадавших[1,3,24]..

Пальцевое исследование через прямую кишку позволяет в ранние сроки выявить раздражение париетального листка брюшины, а обнаружение крови в прямой кишке обычно свидетельствует о ее повреждении.

Аускультация брюшной полости также целесообразна — отсутствие кишечных шумов встречается у 64,3% пострадавших с разрывом всех слоев кишки или ранением кишечника. Патогномичным симптомом является обнаружение свободного воздуха в брюшной полости перкуссией или, что достовернее, с помощью рентгенологического исследования. Однако этот симптом опять же встречается только у 25% пострадавших с повреждением тонкой и у 40% — толстой кишки.

Из инструментальных методов исследования широко используется лапароцентез. Однако разрешающая диагностическая способность лапароцентеза при изолированном повреждении кишки, даже если применять лаваж брюшной полости с последующей микроскопией центрофугата, не превышает 70%.

В то же время имеются сообщения о специфичности энзиматических маркеров, содержащихся в жидкости, аспирируемой из брюшной полости при проведении лаважа, в зависимости от поврежденного органа; в частности, при повреждении кишечника повышается уровень щелочной фосфатазы, продуцируемой слизистой тонкой и толстой кишки.

Лапароскопия, несомненно, более информативный метод исследования. Однако опасность не обнаружить все повреждения есть даже при проведении оперативного вмешательства. Чтобы избежать такой ошибки, необходимо тщательно исследовать все отделы кишечника, включая расположенные забрюшинно. При обнаружении проникающего ранения восходящей или нисходящей кишки следует мобилизовать рассечением переходной складки брюшины соответствующий сегмент кишки и, чтобы исключить сквозной характер ранения, осмотреть заднюю стенку кишки.

При распознавании повреждения забрюшинного отдела прямой кишки учитывают наличие таких жалоб, как боли в промежности, ректальные

кровотечения, тенезмы, иногда дизурические явления. Диагноз уточняется пальцевым исследованием прямой кишки и ректороманоскопией — без предварительной подготовки. Целесообразна рентгенография, по показаниям — рентгеноконтрастное исследование, включая вульнерографию. [9,18,23].

При травме тонкой кишки у большинства больных оперативное вмешательство заключается в ушивании ран в поперечном направлении одиночными швами. В условиях перитонита применяется шов Н. И. Пирогова, при котором первый ряд швов проходит через серозный, мышечный и подслизистые слои без прошивания слизистой оболочки, обеспечивая тесное соприкосновение краев последней.

Резекция тонкой кишки выполняется по следующим показаниям: разможнение сегмента; наличие множественных ран на небольшом участке, ушивание которых привело бы к деформации или сужению кишки; отрыв брыжейки или значительное ее повреждение с развитием обширной гематомы; возникшие сомнения в достаточном кровоснабжении сегмента кишки; некроз выпавшей через рану брюшной стенки петли кишки; при огнестрельном ранении — наличие дефекта стенки больше полуокружности кишки, причем анастомоз «бок в бок» надежнее, хотя и менее выгоден в функциональном отношении, чем анастомоз «конец в конец»

Резекция дистального отдела подвздошной кишки часто осложняется несостоятельностью швов тонкокишечного соустья. Поэтому в экстренных ситуациях более безопасен илеоасцендоанастомоз, накладывая илеоцеко- или илеоасцендоанастомоз, конец терминального участка подвздошной кишки не ушивает, а выводит на брюшную стенку и через него интубирует кишку до межкишечного соустья.

При необходимости резекции дистального отдела подвздошной кишки на фоне тяжелого перитонита или крайней тяжести состояния пострадавшего, обусловленного множественностью повреждений органов, кровопотерей, считается допустимым ограничиться концевой илеостомой; илеостому рекомендуется дополнять интубацией кишечника полихлорвиниловым при резекции подвздошной кишки в условиях общего перитонита формируют У-образную энтеростому. Суть операции состоит в резекции поврежденного участка кишки, после чего накладывается анастомоз по типу «бок в бок» или «конец в бок» между приводящей кишкой и отключенной по Ру на протяжении 12—16 см отводящей кишкой, конец которой выводится на переднюю брюшную стенку в правой подвздошной области. [1,70].

Тактика при повреждениях толстой кишки значительно сложнее. По мнению большинства хирургов, улучшение результатов лечения травм ободочной кишки обусловлено прежде всего уменьшением количества первичных восстановительных операций. [11,15].

Несомненно, этому способствуют своевременность вмешательства и высокоэффективная антибактериальная терапия. Ушиванию подлежат свежие колото-резанные раны — не позднее 6—8 ч после ранения, при отсутствии массивного загрязнения брюшной полости, тяжелой кровопотери или жизнеугрожающих сочетанных повреждений причем размер раны не должен превышать половины окружности кишечной трубки. Некоторые хирурги ограничивают время для первичного восстановления пассажа по ободочной кишке всего двумя часами. [27].

При огнестрельном ранении мобильных участков ободочной кишки рекомендуется ее пересечение в месте ранения и выведение обоих концов на переднюю брюшную стенку в виде стом. При ранении фиксированных (мезоперитонеально расположенных) отделов кишки рану после иссечения краев ушивают двухрядным швом и поврежденный участок выключают наложением полной проксимальной колостомы, а забрюшинное пространство в области поврежденной кишки дренируют двухпросветными дренажами или однопросветной трубкой диаметром не менее 1 см. [5,8].

При локализации раны на восходящем отделе ободочной кишки после ее ушивания необходимо вывести подвздошную кишку в 25 см от илеоцекального угла в виде петлевой или концевой илео-стомы. За концевой илеостомой удобнее уход. Цекостомия для этих целей непригодна, так как не препятствует пассажу кишечного содержимого и, кроме того, часто возникают параколостомические осложнения. [4,7,24].

При труднопрогнозируемом исходе первичной восстановительной операции компромиссным решением является экстраперитонизация поврежденного сегмента кишки. [8,17].

Несомненно, безопаснее при огнестрельных ранениях ободочной кишки двухэтапное вмешательство. Даже своевременное ушивание огнестрельных ран ободочной кишки у 38% пострадавших осложняется несостоятельностью швов, что обусловлено наличием зоны первичного травматического некроза в пределах до 2 см от краев раны, а зона молекулярного сотрясения достигает 9 см. [13,14].

Поэтому большинство хирургов первичное восстановление пассажа считают целесообразным только при повреждении правого фланга кишки, а именно гемиколэктомии с наложением илеотрансверзоана-стомоза, а при ранении других отделов — колостомии на месте ранения, резекцию сегмента кишки с выведением обоих концов кишки, или обструктивную резекцию — операцию типа Гартмана.

Однако есть сообщения, авторы которых предпочитают первичное восстановление непрерывности кишечника из 74 пострадавших с огнестрельным ранением ободочной кишки ушил рану 50, сделал резекцию кишки с первичным анастомозом 15, операцию типа Гартмана — только 9; летальность составила 12% [15]. Непременным условием восстановления целостности кишки автор считает

раннее поступление пострадавших в стационар и стабильную гемодинамику, объем вмешательства зависит также от степени загрязнения брюшной полости, тяжести сочетанных повреждений. И все же в более позднем сообщении рекомендует толстокишечные анастомозы накладывать как можно реже, притом с дополнительной проксимальной колостомой. Такой же тактики придерживается, по данным которого первичные толстокишечные анастомозы сопровождаются несостоятельностью швов в 66,4% и летальностью — в 71,4% случаев. [23,24].

При разрывах ободочной кишки показания к наложению колостомы должны быть шире, чем при проникающих колото-резаных ранах, так как при контузионно-компрессионном механизме закрытой травмы, как и при огнестрельных ранениях, не всегда можно с уверенностью определить истинную площадь повреждения стенки кишки.

Тактика при повреждениях прямой кишки зависит от многих факторов: того, где находится рана по отношению к брюшине (внутри-, внебрюшинное или одновременное повреждение обоих отделов кишки), к просвету кишки (проникающее, непроникающее ранение), а при ранении со стороны просвета кишки важно учитывать глубину раны, характер ранения (разрыв, колото-резаное, огнестрельное, баротравма и др.); тяжесть повреждения анального сфинктера; наличие сочетанных повреждений — чаще всего мочевого пузыря, уретры, костей таза; степень загрязнения раны промежности; распространенность воспалительного процесса по параректальной клетчатке; время, прошедшее с момента травмы, а также состояние пострадавшего. [16,18].

При внебрюшинных повреждениях прямой кишки производится первичная хирургическая обработка раны промежности, иссечение краев раны кишки и ее ушивание двухрядным швом, деульсия ануса, дренирование параректального и пресакрального клетчаточного пространства двухпросветными или несколькими силиконовыми трубками, что обеспечивает возможность проведения в послеоперационном периоде проточного промывания растворами антисептиков. Некоторые хирурги считают необходимым еще и наложение петлевой сигмостомы, особенно при огнестрельных ранениях кишки, локализующихся выше диафрагмы таза. Большинство хирургов исключают прямую кишку из пассажа после ушивания больших дефектов кишки, при сквозном ее ранении или одновременном повреждении мочевого пузыря, когда необходимо еще и наложение эпицистостомы, значительном разрушении запирающего аппарата, а также при поздней госпитализации, когда инфицированная рана кишки не ушивается. [15,22].

При внебрюшинных повреждениях прямой кишки, сочетающихся с переломами костей таза, также следует сформировать петлевую сигмостому, и уже на операционном столе промыть прямую кишку для профилактики остеомиелита тазовых костей.

Необходимо также введение профилактической дозы противогангренозной сыворотки и своевременное назначение антибиотиков широкого спектра действия.

При поздней госпитализации пострадавших, помимо создания колостомы, показано дренирование пельвиоректального клетчаточного пространства путем широких параректальных разрезов. Искусственно наложенные каловые свищи закрываются в сроки от 1,5 до 6 мес.

## ВЫВОДЫ

До настоящего времени вопросы диагностики и лечебной тактики при травме живота повреждением кишечника остаются актуальными и далеко не разрешенными. Сложность диагностики обусловлена стертой клинической картиной, одновременным повреждением различных органов брюшной полости и наличием сочетанных повреждений.

## Литература:

1. Akhmedov A. I. et al. The possibility of predicting the development of acute gastroduodenal complications in severely burned patients //XXII international correspondence scientific specialized conference «international scientific review of the problems of natural sciences and medicine». Boston. USA. – 2021. – С. 10-15.
2. Alisherovich U. K. et al. EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF MULTI-STAGE SURGICAL TACTICS IN SEVERE LIVER DAMAGE //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 312-318.
1. Alisherovich U. K., Rashidovich S. H., Ugli K. Y. E. OUR EXPERIENCE IN CONSERVATIVE TREATMENT OF SPLEEN INJURY IN CLOSED ABDOMINAL TRAUMA //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 1. – С. 319-325.
2. Aramovna D. Z. et al. ASSESSMENT OF ANTIOXIDANT INDICATORS BLOOD AND LIPID PEROXIDATION SYSTEMS IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFUSE TOXIC GOITITER //Best Journal of Innovation in Science, Research and Development. – 2023. – С. 566-571.
3. Aramovna D. Z. et al. Cardiovascular Morbidity and Mortality in Diabetes Mellitus, Cardiovascular Risk Factors and Treatment //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 3. – С. 111-115.
4. Aramovna D. Z. et al. Diabetes mellitus and its causes and treatment //Texas Journal of Medical Science. – 2023. – Т. 16. – С. 91-92.
5. Aramovna D. Z. et al. Diabetic Ketoacidosis, Pathophysiology, Diagnosis and Treatment //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 3. – С. 116-120.
6. Aramovna D. Z. et al. Gipotiroidizmda dismenoreya //Journal of Science-Innovative Research in Uzbekistan. – 2023. – Т. 1. – №. 8. – С. 279-286.

7. Aramovna D. Z. et al. NEVROLOGIYADA AMALIYOTIDA ENDOKRIN BUZILISHLAR //Journal of Science-Innovative Research in Uzbekistan. – 2023. – T. 1. – №. 8. – C. 268-278.
8. Aramovna D. Z. et al. PREVALENCE OF NEW FORMS ADRENAL GLANDS IN PATIENTS WITH COVID-19 //Best Journal of Innovation in Science, Research and Development. – 2023. – C. 572-577.
9. Aramovna D. Z. et al. Treatment of Patients with Chronic Pancreatitis against the Background of Hypothyroidsis //American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences (2993-2149). – 2023. – T. 1. – №. 8. – C. 210-215.
10. Aramovna D. Z., Azamatovna K. D. Features of the Component Composition of the Body and the State of Hormonal-Metabolic Systems in Various Variants of The Hypothalamic Syndrome of the Pubertate Period in Girls //Research Journal of Trauma and Disability Studies. – 2023. – T. 2. – №. 2. – C. 98-103.
11. Asliddinova R. M., Asliddinovich R. M., Aramovna D. Z. INTERMITTENTLY SCANNED CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING FOR TYPE 1 DIABETES //Journal of new century innovations. – 2022. – T. 15. – №. 3. – C. 126-129.
12. Boynazarovich M. I. et al. CHOICE OF MODERN METHODS OF TREATMENT OF SEVERE ABDOMINAL INJURIES //Research Focus International Scientific Journal. – 2023. – T. 2. – №. 6. – C. 238-245.
13. Boynazarovich M. I., Ergashevich M. S., Aramovna D. Z. INNOVATIVE TECHNOLOGIES AND TACTICAL APPROACHES IN THE TREATMENT OF ABDOMINAL INJURIES //Research Focus. – 2022. – T. 1. – №. 1. – C. 232-239.
14. Djurayeva Z. A. et al. HOMILADOR AYOLLARNING YENGIL YOD TANQISLIGI VA QALQONSIMON BEZ HOLATINI TAHLIL QILISH //Analysis of world scientific views International Scientific Journal. – 2023. – T. 1. – №. 8. – C. 159-173.
15. Erkin o'g'li X. Y. et al. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ //JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE. – 2022. – T. 7. – №. 5.
16. Eshnazarovna M. S., Aramovna D. Z., Ishnazarovich B. S. CUSTOMER SATISFACTION WITH TRAVEL SERVICES IN UZBEKISTAN //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – T. 1. – №. 11. – C. 11-14.
17. Farrux E. et al. Indicators of Renal Filtration Function in Elderly Patients with Arterial Hypertension in Association with Type 2 Diabetes Mellitus //EUROPEAN JOURNAL OF INNOVATION IN NONFORMAL EDUCATION. – 2023. – T. 3. – №. 9. – C. 128-130.
18. Islomov N. K. et al. NEW METHODS COMPARISON OF COST EFFICIENCY OF TISSUE EXTRACTION TECHNIQUES IN

- LAPAROSCOPIC SURGERY //Boffin Academy. – 2023. – Т. 1. – №. 1. – С. 303-313.
19. Mustafakulov I. B. et al. Evaluation of the effectiveness of multi-stage surgical tactics for liver damage //World journal of advance healthcare research. – 2020. – Т. 4. – №. 3. – С. 264-266.
20. Mustafakulov I. B., Khadzhibaev A. M., Mavlyanov F. S. Наш опыт хирургического лечения повреждений желудка при сочетанной травме //Клінічна анатомія та оперативна хірургія. – 2016. – Т. 15. – №. 1. – С. 71-73.
21. Shakirov B. M., Avazov A. A., Umedov X. A. Peculiarities of hand burn treatment in the conditions of moist medium //ISJ Theoretical & Applied Science, 04 (108). – 2022. – С. 289-291.
22. Shuhratovna N. G. et al. Modern Clinical Practice: Pros and Cons of Treatment Alfacalcidol for Patients with Osteoporosis //American Journal of Pediatric Medicine and Health Sciences (2993-2149). – 2023. – Т. 1. – №. 8. – С. 201-209.
23. Shukhratovna N. G. et al. DIABETES MELLITUS AND DISEASES OF THE CARDIOVASCULAR SYSTEM //PEDAGOG. – 2022. – Т. 5. – №. 5. – С. 368-372.
24. Shukhratovna N. G. et al. METABOLIC ACIDOSIS //PEDAGOG. – 2022. – Т. 5. – №. 5. – С. 373-376.
25. АБАЗОВ А. А. и др. QO'SHMA SHIKASTLANISHLARDA QORIN BO'SHLIG'I A'ZOLARINING OG'IR DARAJADAGI SHIKASTLANISHLARINI DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHDA HAL ETILMAGAN MUAMMOLLARI //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
26. Арзиева Г. Б. и др. Исходы беременности при термической травме //Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе. – 2021. – №. S1. – С. 9-9.
27. Карабаев Х. и др. Ожоговый шок: патогенез, клиника, принципы лечения //Журнал вестник врача. – 2011. – Т. 1. – №. 03. – С. 74-78.
28. Курбаниязов З. и др. Оценка эффективности хирургического лечения больных узловым зобом //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2012. – №. 2 (69). – С. 45-47.
29. Курбаниязов З., Аскарлов П., Бабажанов А. Результаты лечения больных с желчеистечением после холецистэктомии //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2011. – №. 4 (67). – С. 43-47.
30. Мансур Т. М., Вохидов Ж. Ж. ОПТИМИЗАЦИЯ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДИФФУЗНОЙ АЛОПЕЦИИ //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 200-214.
31. Мустафакулов И. Б. и др. AMNIOTIC MEMBRANE-AS AN EFFECTIVE BIOLOGICAL WOUND COVERING //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.

32. Мустафакулов И. Б. и др. INTESTINAL INJURIES IN COMBINED ABDOMINAL TRAUMA //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.
33. Мустафакулов И. Б. и др. INTESTINAL INJURIES IN COMBINED ABDOMINAL TRAUMA //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.
34. Мустафакулов И. Б. и др. OPTIMIZATION OF INTENSIVE THERAPY FOR BURN SHOCK //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2021. – №. SPECIAL 1.
35. МУСТАФАКУЛОВ И. Б. и др. QO'SHMA ABDOMINAL SHIKASTLANISHLARIDA" DEMAGE CONTROL" QO'YISH TAKTIKASI //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
36. МУСТАФАКУЛОВ И. Б. и др. QO'SHMA ABDOMINAL SHIKASTLANISHLARIDA" DEMAGE CONTROL" QO'YISH TAKTIKASI //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 3.
37. Мустафакулов И. Б. и др. SURGICAL TACTICS IN CASE OF ISOLATED INJURIES OF SMALL AND LARGE INTESTINE //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 2.
38. Мустафакулов И. Б. и др. ПРИМЕНЕНИЕ «DAMAGE CONTROL» В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ //Биология. – 2022. – №. 5. – С. 139.
39. Мустафакулов И. Б. и др. СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 175-182.
40. Мустафакулов И. Б., Камалов Т. К., Рахматова Л. Т. Модульное обучение в подготовке специалиста с высшим сестринским образованием //Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2017. – №. 4. – С. 18-19.
41. Мустафакулов И. Б., Мамараджабов С. Э., Джураева З. А. CURRENT STATUS AND PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT IN COMBINED ABDOMINAL INJURY //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 4.
42. Мустафакулов И. Б., Мамараджабов С. Э., Джураева З. А. CURRENT STATUS AND PROBLEMS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT IN COMBINED ABDOMINAL INJURY //УЗБЕКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ. – 2022. – Т. 3. – №. 4.
43. Мустафакулов И. Б., Норов М. Ч., Джураева З. А. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 3. – С. 207-213.

44. Мустафакулов И. Б., Норов М. Ч., Джураева З. А. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЭНДОВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ //Research Focus. – 2023. – Т. 2. – №. 3. – С. 207-213.
45. Мустафакулов И. Б., Норов М. Ч., Джураева З. А. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПАРЕНХЕМАТИЧЕСКИХ ОРГАНОВ //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 183-189.
46. Мустафакулов И. Б., Норов М. Ч., Джураева З. А. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПАРЕНХЕМАТИЧЕСКИХ ОРГАНОВ //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 183-189.
47. Мустафакулов И. Б., Норов М. Ч., Джураева З. А. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПАРЕНХЕМАТИЧЕСКИХ ОРГАНОВ //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 183-189.
48. Мустафакулов И. Б., Тагаев К. Р., Умедов Х. А. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЕРМОИНГАЛЯЦИОННОЙ ТРАВМОЙ //Journal of cardiorespiratory research. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 53-58.
49. Мустафакулов И. и др. ТЯЖЕЛАЯ СОЧЕТАННАЯ ТРАВМА ЖИВОТА //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1. – С. 63-68.
50. Мустафакулов И., Умедов Х. СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 52-55.
51. Нарзуллаев С. И. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 211-220.
52. Нарзуллаев С. И. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 211-220.
53. Нарзуллаев С. И. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 211-220.
54. Нарзуллаев С. И. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 211-220.
55. Нарзуллаев Ш. Ш. и др. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОСТАТОЧНОЙ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДИФфузно-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА У ПОЖИЛЫХ И ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА //Наука, образование и культура. – 2021. – №. 2 (57). – С. 23-26.

56. Нарзуллаев Ш. Ш. и др. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ОСТАТОЧНОЙ ТИРЕОИДНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДИФФУЗНО-ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА У ПОЖИЛЫХ И ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА //Наука, образование и культура. – 2021. – №. 2 (57). – С. 23-26.
57. Рузибоев С. и др. Наш опыт консервативного лечения повреждения селезенки при закрытой травме живота //Журнал вестник врача. – 2013. – Т. 1. – №. 01. – С. 131-132.
58. Рузибоев С. и др. Наш опыт консервативного лечения повреждения селезенки при закрытой травме живота //Журнал вестник врача. – 2013. – Т. 1. – №. 01. – С. 131-132.
59. Рустамов М., Муртазаев З., Дусияров М. Выбор оптимальной хирургической тактики при эхинококкозе печени //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 2 (83). – С. 106-109.
60. Рустамов М., Муртазаев З., Дусияров М. Выбор оптимальной хирургической тактики при эхинококкозе печени //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2015. – №. 2 (83). – С. 106-109.
61. Тоиров А. С., Мирходжаев И. А., Бабажанов А. С. НОВЫЙ СПОСОБ ОБРАБОТКИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ //Биология и интегративная медицина. – 2022. – №. 4 (57). – С. 126-140.
62. Толибов М. М. и др. ОПТИМИЗАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 190-199.
63. Толибов М. М. и др. ОПТИМИЗАЦИЯ К ЛЕЧЕНИЮ ТЯЖЕЛЫХ ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ //SCIENTIFIC APPROACH TO THE MODERN EDUCATION SYSTEM. – 2023. – Т. 2. – №. 14. – С. 190-199.
64. Фаязов А. и др. ОФИР КУЙИШДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ АСОРАТЛАРНИ ПАТОГЕНЕТИК ДАВОЛАШДАГИ МУАММОЛАР //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 1 (98). – С. 161-164.
65. Хаджибаев А. М., Мустафакулов И. Б. Современное состояние и нерешенные проблемные вопросы диагностики и тактики лечения тяжелых повреждений живота при сочетанной травме //Вестник экстренной медицины. – 2011. – №. 4. – С. 77-81.
66. Шомуродов Х. и др. Опыт лечения повреждений паренхиматозных органов брюшной полости при сочетанной травме //Журнал биомедицины и практики. – 2021. – Т. 1. – №. 3/1. – С. 494-499.
67. Эргашев А. и др. Нерешенные проблемы лечение больных с термоингаляционными травмами (обзор литературы) //Журнал биомедицины и практики. – 2021. – Т. 1. – №. 3/1. – С. 440-447.
68. Янгиев Б. А. и др. Тактические подходы в современном лечении травматических повреждений печени //Journal the Coryphaeus of Science. – 2023. – Т. 5. – №. 1. – С. 204-210.